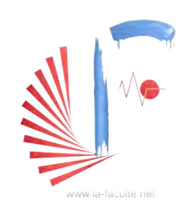
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful






CONDUITE A TENIR
DEVANT
UN TRAUMATISME DE L'ABDOMEN

Dr HAIL
CHU.MUSTAPH



I-INTRODUCTION

- Traumatisme fermé de la cavité abdominale depuis le diaphragme jusqu ’au plancher pelvien.

-1ere cause = accidents de la voie publique.

-2 tableaux cliniques:
    * Hémorragie interne
    * Péritonite.

- Associations lésionnelles.
- Diagnostic:
    * clinique
    * imagerie

-Traitement médico-chirurgical.

- Pronostic fonction du type des lésions et de leur association.

II- EPIDEMIOLOGIE:

A- Causes:

- Accidents de la voie publique: 80%,
- Chute d ’un lieu élevé, défenestration,
- Agression,
- Coups de sabot,
- Accidents de sport
- Accidents de travail

B- Mécanismes:

- Direct:

* Ecrasement: - point d 'impact,
- ceinture de sécurité,
- organes pleins et creux.

* Eclatement: -organes avec orifices d 'entrée et de sortie: estomac, vessie
- diaphragme.

-**Indirect**: - décélération : arrachement des organes avec pédicule foie , rate, intestin,

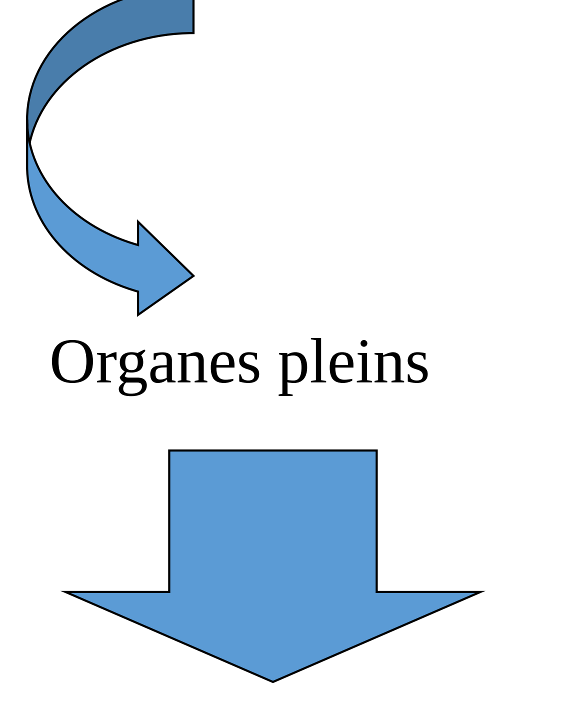
C- Population victime:

- jeune,
- sexe masculin.

IV- PHYSIOPATHLOGIE:

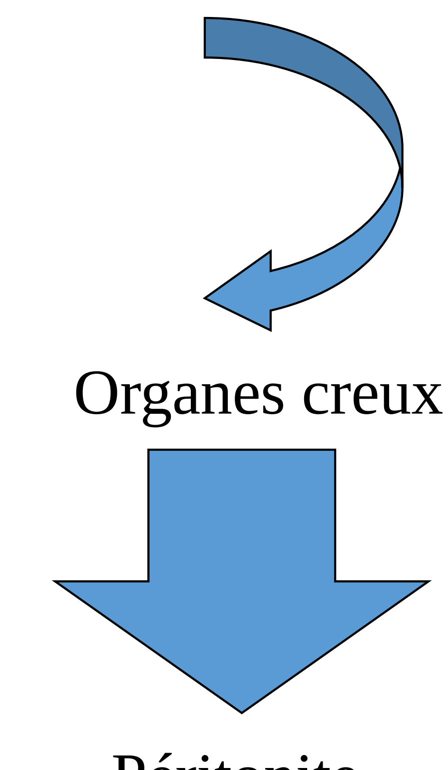
I

Contusions abdominales



Organes pleins

Hémorragie interne



Organes creux

Péritonite

CONDUITE A TENIR DEVANT UN TRAUMATISME DE L'ABDOMEN





conditionner et examiner

A - MISE EN CONDITION DU MALADE

1. RECHERCHER UN ETAT DE CHOC:

- pâleur, sueur, soif, angoisse
- extrémités froides, polypnée superficielle
- pouls petit, rapide, filant: TA basse

2. MAINTENIR L'HEMODYNAMIQUE:

- c'est le traitement du choc hémorragique par les macromolécules puis le sang
- (+++) la quantité de transfusions nécessaires pour maintenir un état hémodynamique correct est un élément de surveillance fondamental

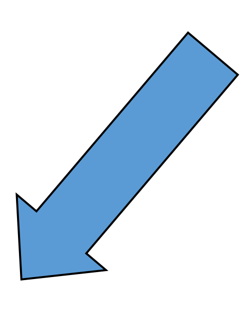
3. CONDITIONNER LE BLESSE:

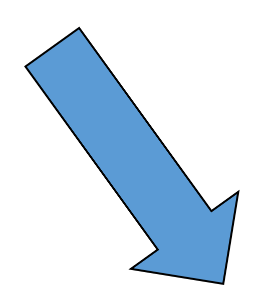
- sonde vésicale, sonde gastrique en aspiration
- O2 nasal voire ventilation assistée sur sonde trachéale
- voies veineuses périphériques – PVC
- monitorage: ECG, TA, SaO2 en continu

4. BILAN BIOLOGIQUE EN URGENCE:

- Groupe sanguin ABO, Rh, RAI, hémostase et bilan pré-opératoire
- recherche d'une hématurie: ECBU, bandelette urinaire

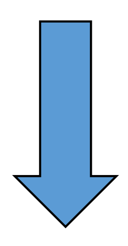
MISE EN CONDITION





Malade cliniquement stabl

Malade cliniquement instable



examen + explorations

rea + chirugie

B- EXAMEN CLINIQUE:

1- Interrogatoire:

- Circonstances du traumatisme,
- Point d ’impact,
- Douleurs, vomissements, aspect des urines.

2- Inspection:

- Point d ’impact abdominal:écorchures, hématome,ecchymose,

-Ballonnement abdominal.

3- Palpation:

- Difficile: douleur, état de conscience,

-contracture, défense, sensibilité abdominale.

4- Percussion:

- Matité déclive,
- Disparition de la matité hépatique.

5- Auscultation:

- Abdominale,
- Pleuro-pulmonaire:
    * épanchement pleural liquidien ou aérien,
    * bruits hydro-aériques en intra-thoracique.

6- Toucher rectal:

- Douglas bombant ou plat, douloureux ou non.

7 - rechercher des lésions extra-abdominales:

* crâniennes,
* thoraciques,
* appareil locomoteur.

C- EXAMENS PARACLINIQUES:

1- Échographie abdominale:

- Facile, possible même en milieu de réanimation,

- Recherche un épanchement péritonéal,

-**Étudie la structure des organes pleins: sensibilité 90%.**

2- Abdomen sans préparation:

-**Pneumopéritoine**

3- Radiographie pulmonaire:

- Surélévation des coupoles diaphragmatiques,

- Clartés gazeuses en intra-thoracique,

-**Fractures costales.**

4- Tomodensitométrie abdominale:

- Necessite un malade stable, déplacement en salle d 'examen,
- étudie mieux la structure des organes pleins,
- examen de choix pour le pancréas.

5- Artériographie:

- examen invasif,
- atteinte vasculaire,
- intérêt thérapeutique: embolisation.

6 - La ponction lavage du peritoine: (PLP)

Au terme de ces examens

1- LA RUPTURE DE RATE

2- LA RUPTURE DU FOIE

3- LA RUPTURE DU PANCRÉAS

4- LA RUPTURES DES ORGANES CREUX: GRÊLE DUODÉNUM

5- LA RUPTURE DE VESSIE

6- LES DÉSINSERTIONS DU MÉSENTÈRE (POUR MÉMOIRE)

7- L'HÉMATOME RÉTRO-PÉRITONÉAL

8- LA RUPTURE DU DIAPHRAGME

1- RUPTURE DE RATE

Les traumatismes de la rate sont les plus fréquents: 50%

1. ***l'éclatement de la rate*** (rupture trans-capsulaire):

- le diagnostic est facile:
  . Point d'impact gauche, basi-thoracique avec souvent fracture de côte
  . **Syndrome d'hémorragie interne net +++**
  . Douleur avec défense et irradiation scapulaire gauche
- un geste simple s'impose: **la SPLENECTOMIE**

2. ***l'hématome sous-capsulaire*** (fracture sans effraction capsulaire):

- la symptomatologie est plus discrète, car il n'y a pas d'hémopéritoine
- *échographie+++ et TDM assurent le diagnostic, précisent l'importance de l'hématome et les lésions associées*
- le traitement dépend de l'importance de l'hématome:
  . volumineux = SPLENECTOMIE
  . discret = surveillance prolongée

1. ***LA RUPTURE*** peut être partielle:

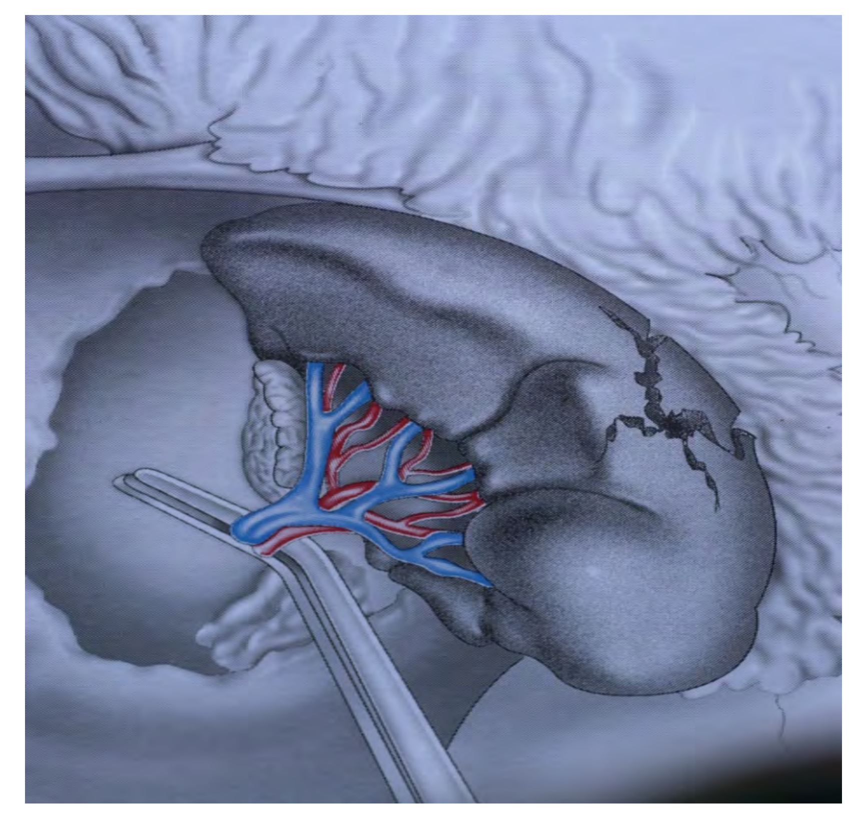
- un geste conservateur peut être tenté:
  - splénectomie partielle,
  - suture,
  - colle biologique
  - pose d'un filet synthétique (Vicryl)

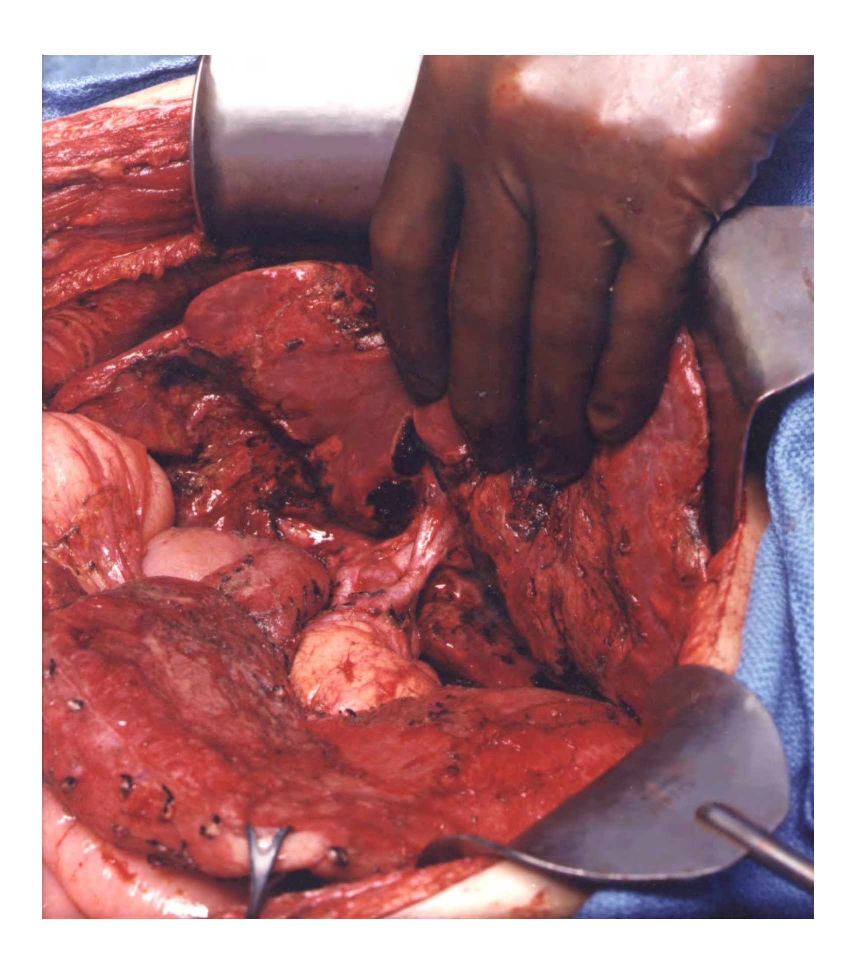
2. ***L'HEMATOME SOUS-CAPSULAIRE***

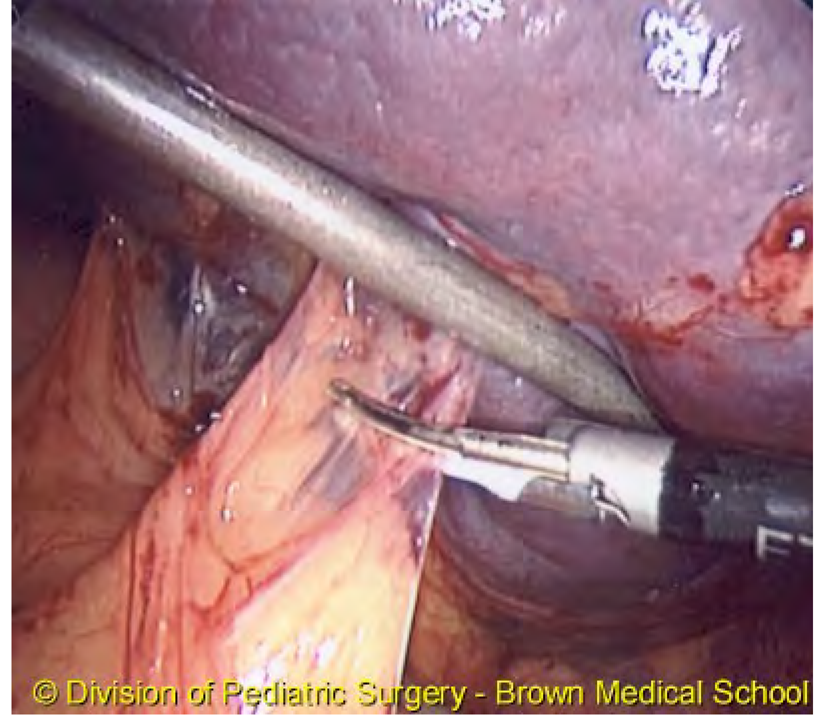
peut se rompre dans un 2ème temps, longtemps après le premier traumatisme:

rupture secondaire = splénectomie








© Division of Pediatric Surgery - Brown Medical School

2- RUPTURE DU FOIE

Moins fréquente que les ruptures de rate (25% des contusions de l'abdomen)

Beaucoup plus grave, elle représentent la 1ère cause de mortalité par contusion

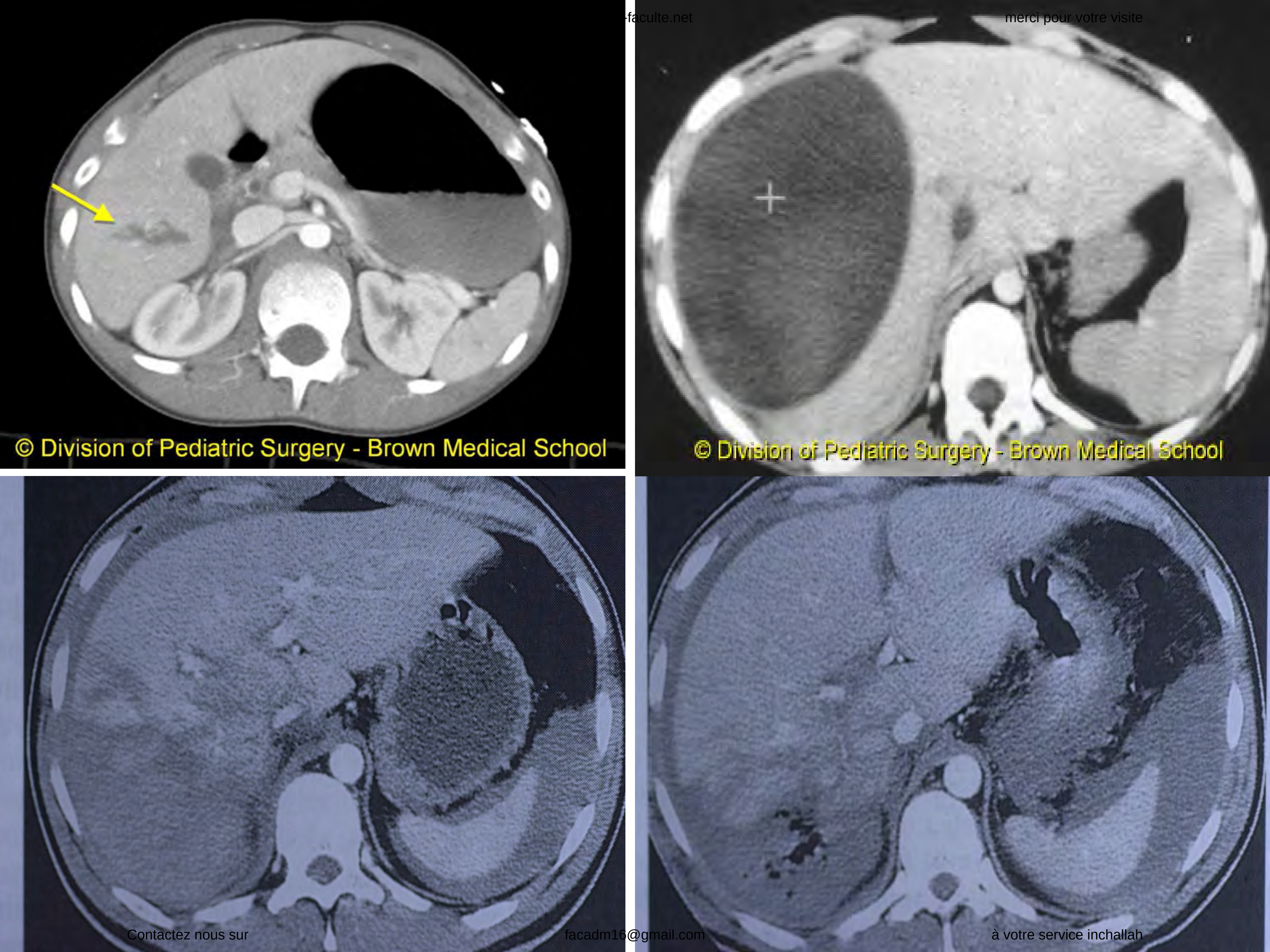
Siège volontiers dans le lobe droit (70%)

Est mortelle dans 15 à 40 % des cas

- L'hématome sous-capsulaire est rare
- La fissure superficielle
- La fracture profonde
- L'hématome centro-hépatique
- Les lésions vasculaires
- L'éclatement

• L'examen clinique

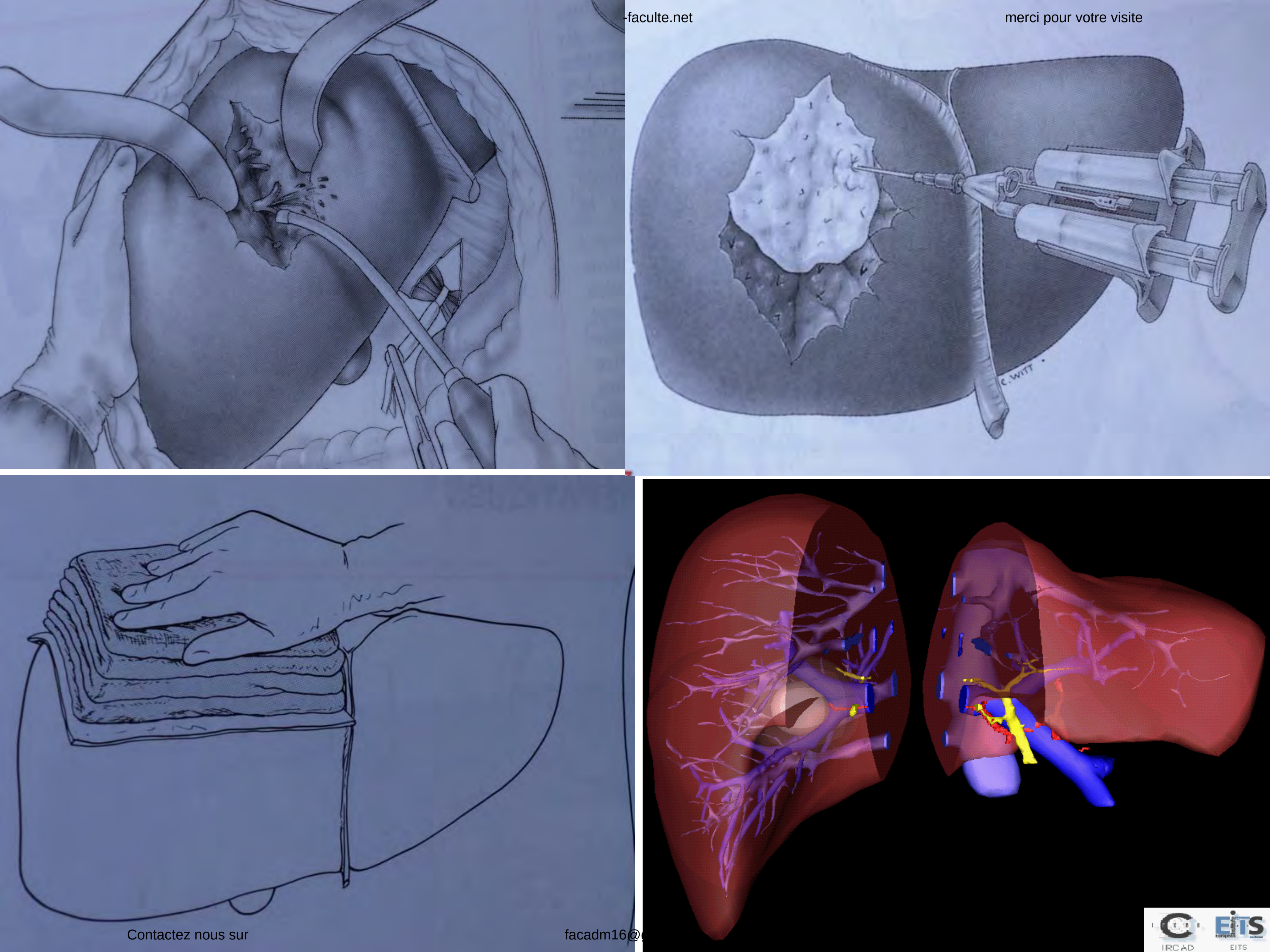
- Retrouve une *contusion basi-thoracique droite*
- Érosions cutanées, *douleur et défense de l'hypochondre droit*
- *Douleur scapulaire droite*
- Fractures de côtes basses à droite
- *Hémopéritoine* sauf en cas d'hématome sous-capsulaire non rompu
- *Choc hémodynamique quelquefois gravissime et irrécupérable*


© Division of Pediatric Surgery - Brown Medical School
© Division of Pediatric Surgery - Brown Medical School

le traitement

1. ***Les lésions superficielles*** sont traitées par
   - suture
   - coagulation
   - application de compresses hémostatiques

2. ***Les lésions profondes:***
   - *PACKING* +++ (c'est la compression du foie par des champs contre le diaphragme). Il permet la plupart du temps de stopper l'hémorragie et de refermer le patient avec les champs. Ils sont retirés 48H après pour une chirurgie adaptée
   - résection hépatique (hepatectomie)
   - réparations biliaires ou vasculaires


C.WITT
IRCAD
EITS

Complication particuliere

- ***L'HEMOBILE:***

due à la rupture d'un vaisseaux dans les voies biliaires

- **clinique:** douleur HCD, hémorragie digestive, fièvre, ictère

- **biologie:** la bilirubine conjuguée, les transaminases et les phosphatases alcalines, les gammaGT sont élevées

- **artériographie sélective de l'artère hépatique** +++ à un intérêt

. *Diagnostique*: image d'encorbellement, de flaques vasculaires et de fistule bilio-vasculaire

. *Thérapeutique*: c'est l'embolisation pré-opératoire +++ (parfois nécessité d'une hépatectomie emportant la fistule)

3- RUPTURE DU PANCREAS

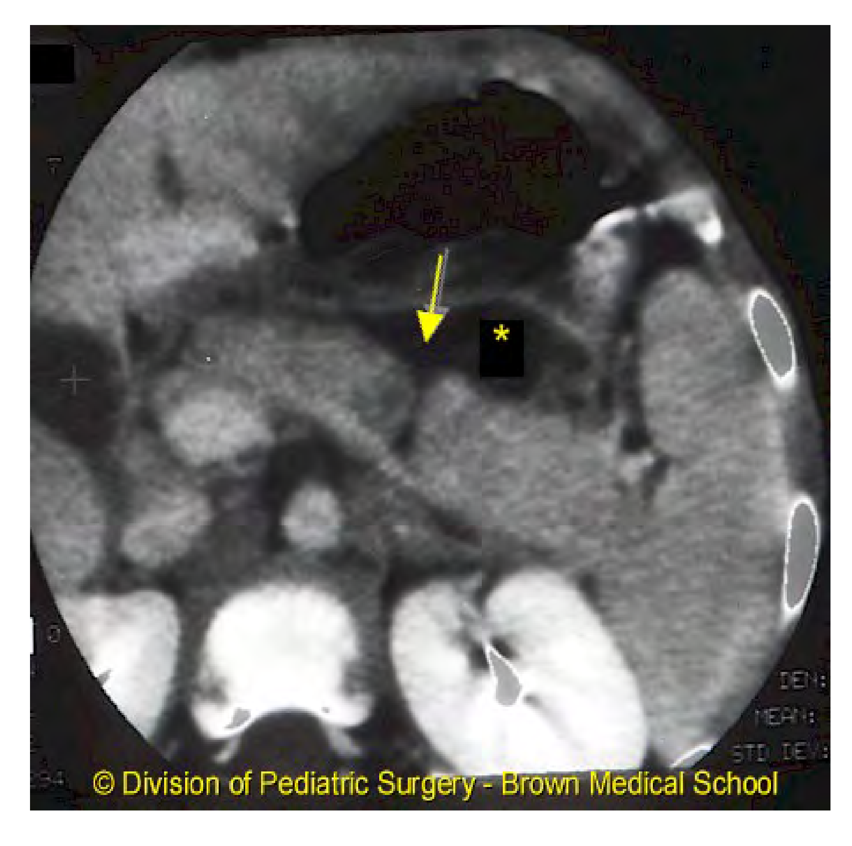
Elle est rare et les lésions prédominent sur l'isthme: c'est une contusion sur le « billot » rachidien: elles vont de

- la *contusion simple*
- *hématome de la loge*
- la *fracture avec section du Wirsung*
- *Eclatement de la glande*

- Les ***complications sont dominées*** par:
  - nécrose, pancréatite aigue, fistule pancréatique
  - faux kyste avec ses propres complications (compression, rupture, infection)

- ***Traitement médical dans tous les cas*** et 2 possibilités
  - rupture du Wirsung = ***spléno-pancréatectomie gauche***
  - aggravation sous traitement médical =

laparotomie + sutures + drainage


*
DEN:
MEAN:
STD DEV:
© Division of Pediatric Surgery - Brown Medical School


© Division of Pediatric Surgery - Brown Medical School

4- RUPTURE D' ORGANE CREUX

- Sont concernés dans 30% des cas, et prédominent sur des ***segments de tube digestif fixes***:

  - DUODENUM
  - ANSES GRELES
  - COLON ascendant et descendant.

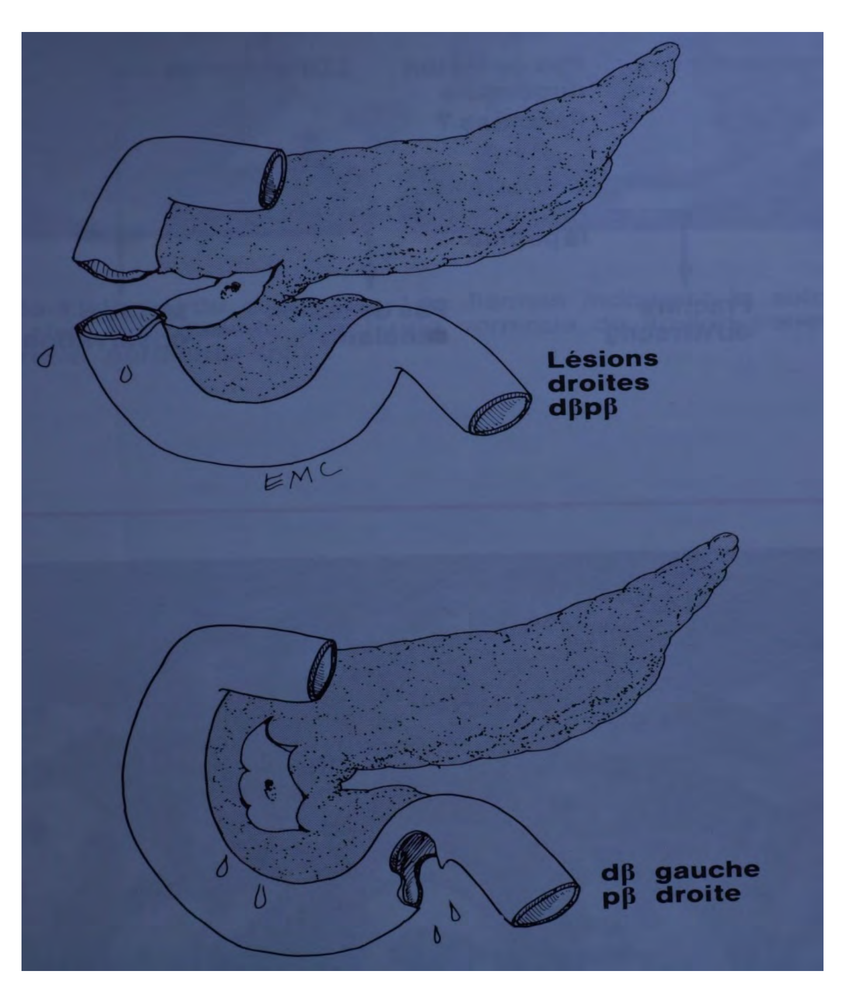
- Les lésions peuvent aller de la

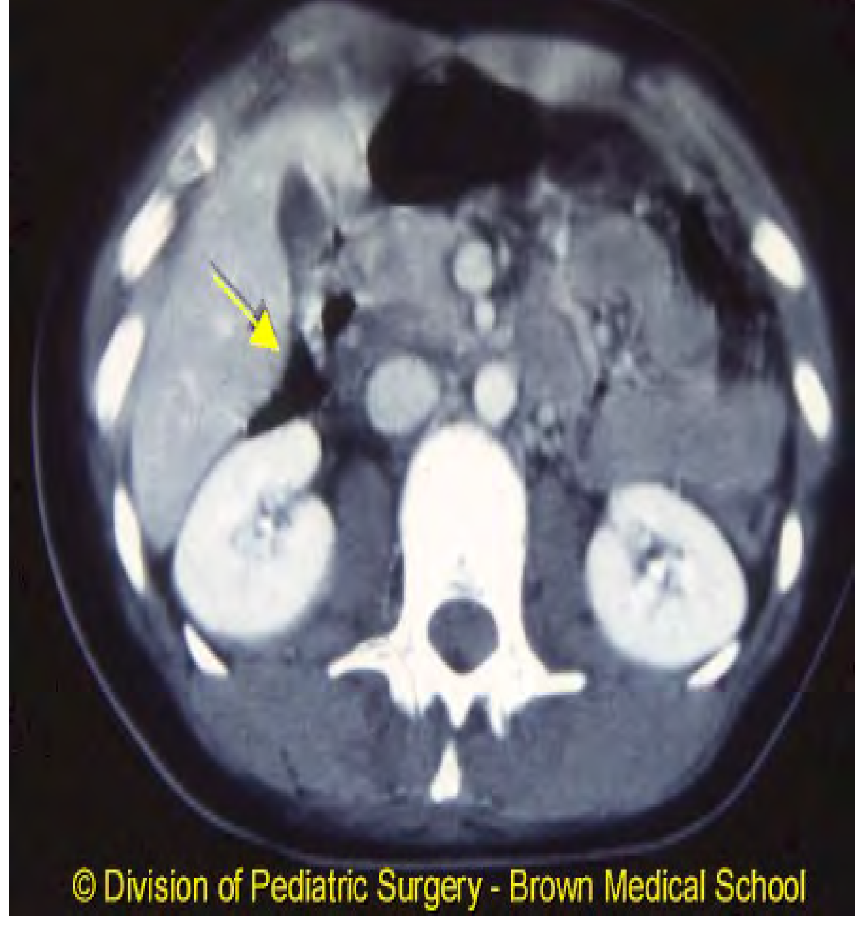
  - *plaie séro-musculaire* à la *rupture complète*

- L'examen clinique précoce est difficile (douleur et défense..),

  - il faut remarquer un *PNEUMOPERITOINE sur l'ASP* (30%)
  - les signes tardifs sont ceux d'une péritonite

Traumatisme duodénal avec présence d'images gazeuses dans le rétro-péritoine





TRAITEMENT CHIRURGICAL

le plus tôt possible+++

- tôt : - sutures
  - résection-anastomose

- tard : - résection sans anastomose + stomies)

5- RUPTURE DE VESSIE

Ne représente que 3% des cas, elle peut se rompre:

Sous-péritonéal**:** uro-hématome du Retzius

Intra-péritonéale**:** uro-péritoine

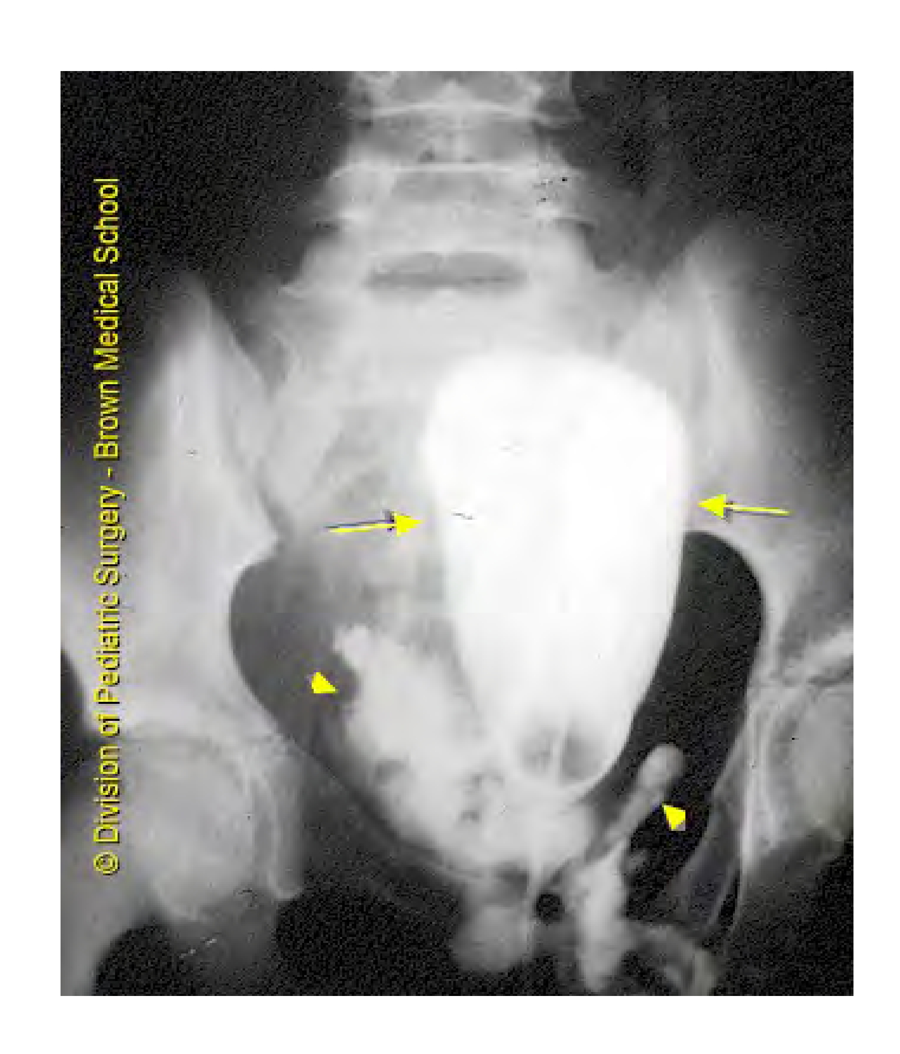
1. *A l'examen clinique*:

   - contracture hypogastrique
   - anurie et hématurie
   - douleur au TR
   - PAS DE GLOBE +++

2. ***La confirmation du diagnostic*** vient de l'**UIV** et la **cystographie rétrograde** montrant fuite et uro-hématome

3. ***Le traitement:*** simple suture sur sonde vésicale (10 j)

Rupture de vessie





6- HEMATOME RETRO - PERITONEAL

- Il est fréquent et *accompagné de fractures+++ du rachis, du bassin et de lésions rénales*

- Recherchera une *hématurie,* un *choc sans hémopéritoine*, mais il est souvent découvert au cours d'une laparotomie pour une autre cause

- **Examens complémentaires:**

  - *disparition de l'ombre du psoas sur l'ASP*, échographie + TDM

  - l'artériographie fait le diagnostic et permet une *embolisation*

- **Traitement**

  - isolé : il justifie l'abstention et surveillance

  - expansif, battant : il faut l'ouvrir car il est du à:

    . *un arrachement des veines lombaires* (hémostase par compression)

    . *une lésion rénale importante*



7- rupture de rein

- *Clinique:*

Tableau de choc et hematome retroperitoneal

- *Lesions*

Hematome

Fracture (simple ou complexe)

Lesion pediculaire (vasculaire ou canaux secreteurs)

- ***Traitement:***

Abstention

Sutures

Filet de trillis

Nephrectomie (partielle ou totale)

8- RUPTURE DU DIAPHRAGME

Fréquente, la rupture siège 9/10 à gauche:

L'examen clinique remarquera:

- un traumatisme basi-thoracique ou thoraco-abdominal (fréquent)
- une dyspnée
- des ***bruits hydro-aériques à l'auscultation thoracique***

1. *Sur la radiographie thoracique* apparaissent
   - . Niveaux hydro-aériques
   - . Disparition de la coupole
   - . Lésions associées (fractures de côtes, hémothorax, contusions pulmonaires)
   - . Enroulement de la sonde gastrique dans le thorax+++

2 . *Le diagnostic* est confirmé par le scanner et l'IRM mais surtout par les opacifications digestives aux hydro-solubles ***(TOGD, transit voie basse)***

3. *Le traitement est chirurgical:* réfection de la coupole diaphragmatique soit par suture soit par prothèse

SURVEILLANCE ET COMPLICATIONS

La surveillance doit être clinique, biologique et morphologique (échographie + TDM)

Prolongée… permettant de déceler les complications:

1. **Immédiate:** c'est
   . l'hémorragie
2. **Précoces:**
   . rupture de rate en 2 temps, péritonites
3. **Tardives:**
   . abcès sous-phrénique
   . faux-kyste du pancréas
   . rupture de coupole …

CONCLUSION

- Gravité,
- 2 tableaux cliniques: hémorragie et péritonite.
- Associations lésionnelles intra et extra abdominales.